

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和2年3月31日

静岡県知事 川勝平太

静岡県規則第33号

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則の一部を改正する規則

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則（平成26年静岡県規則第59号）の一部を次のように改正する。

改正前	改正後
<p>（特定医療費（指定難病）請求書等）</p> <p>第2条 （略）</p> <p>2 前項の請求書には、様式第2号による特定医療費（指定難病）証明書を添付するものとする。</p> <p>（特定医療費（指定難病）支給認定申請書等）</p> <p>第3条 省令12条第1項及び第33条第1項の申請書は、<u>様式第3号</u>によるものとする。</p> <p>2 指定難病の患者が法第7条第1項第2号に該当する場合又は指定難病の患者若しくは保護者が政令第1条第1項第2号口に掲げる者に該当する場合は、前項の申請書に、<u>様式第4号</u>による医療費管理票又は様式第5号による医療費申告書を添付するものとする。</p>	<p>（特定医療費（指定難病）請求書等）</p> <p>第2条 （略）</p> <p>2 前項の請求書には、様式第2号による特定医療費（指定難病）証明書又は<u>様式第3号</u>による医療費管理票を添付するものとする。</p> <p>（特定医療費（指定難病）支給認定申請書等）</p> <p>第3条 省令12条第1項及び第33条第1項の申請書は、<u>様式第4号</u>によるものとする。</p> <p>2 指定難病の患者が法第7条第1項第2号に該当する場合又は指定難病の患者若しくは保護者が政令第1条第1項第2号口に掲げる者に該当する場合は、前項の申請書に、<u>様式第3号</u>による医療費管理票又は様式第5号による医療費申告書を添付するものとする。</p>

備考 改正箇所は、下線が引かれた部分である。

様式第1号中「特定医療費（指定難病）証明書（様式第2号）」の次に「又は医療費管理票（様式第3号）」を加える。

様式第3号を削る。

様式第4号中「第3条」を「第2条、第3条」に改め、同様式を様式第3号とし、同様式の次に次の1様式を加える。

様式第4号（第3条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

（表）

特定医療費（指定難病）支給認定申請書 （新規・更新・変更）		受給者番号							
次のとおり、特定医療費の支給を申請します。									
年 月 日									
静岡県知事 様									
申請者	フリガナ					生年月日	大・昭 平・令		年 月 日（満 歳）
		氏 名		(自署する場合は、押印は不要です。)			性別	男・女	
	住 所	郵便番号 -				電話番号			
						自宅	-	-	
	1月1日現在の住所所在地		都・道 府・県	市・区 町・村	※1月から6月までに新規申請する場合：前年の1月1日在住の市区町村 その他の場合				：当年の1月1日在住の市区町村
	加入医療保険	保険者名(称)					保険種別	国保(組合)・後期 組合・協会けんぽ・共済 その他()	
		記号・番号 (被保険者番号)							
被保険者名					受診者との関係				
個人番号									
保護者	受診者が18歳未満の場合のみ、保護者欄に記入してください（この欄に記入した保護者の氏名が受給者証に記載されます。）。								
	フリガナ					受診者との関係	電話番号		
	氏 名		(自署する場合は、押印は不要です。)			自宅	-	-	
	住 所		郵便番号 -				個人番号（保護者のみ記入）		
申請内容の問合せ先・書類の送付先（申請者と異なる場合に、記入してください。）									
	氏名・フリガナ	受診者との関係	住 所			電 話 番 号			
問 合 せ 先			郵便番号 -			- -			
書 類 の 送 付 先			郵便番号 -			- -			
指定難病の名称									
負 担 上 限 月 額 の 特 例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着（臨床調査個人票に記載が必要）			<input type="checkbox"/> 高額かつ長期（負担上限月額管理票等の写しが必要）					
	<input type="checkbox"/> 軽症高額該当（領収書等の写しが必要）			<input type="checkbox"/> 寡婦控除等のみなし適用（戸籍謄本等が必要）					

(裏)

1 受診者と同じ医療保険に加入する方を記入してください。

また、指定難病・小児慢性特定疾病の受給者（申請者）である場合は、該当する受給資格に○印を付し、受給者証等の写しを添付してください。

患者	世帯員氏名	続柄	受給資格	1月1日現在の住所所在地	個人番号																
			(該当するものに○印を付してください。)	(受診者と異なる場合のみ記入してください。)																	
	受診者と同じ	本人	小児慢性																		
1			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
2			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
3			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
4			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
5			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
6			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																

※ 1月1日現在の住所所在地について、1月から6月までに新規申請する場合は前年の1月1日在住所の市区町村、その他の場合は当年の1月1日在住所の市区町村を記入してください（受診者と異なる場合のみ）。

2 生活保護受給について該当する方に○を付してください。

生活保護受給の有無	無 ・ 有 ※有の場合の保護決定者名（都道府県又は市町村名）〔 〕
上欄で有の場合、医療保険加入の有無	無 ・ 有 ※有の場合、表面の加入医療保険情報を記入してください。

3 受診者（受診者が18歳未満の場合は、保護者全て）の収入金額について記入し、収入がある場合は振込通知書等収入金額がわかるものの写しを提出してください。なお、下の表に記入されているもの以外の種類の収入については記入する必要がありません。

氏名			氏名		
収入の区分	種類(該当するものに○印を付してください。)	収入金額	収入の区分	種類(該当するものに○印を付してください。)	収入金額
1 年金	障害・遺族・寡婦	円	1 年金	障害・遺族・寡婦	円
2 手当金	特別児童扶養・障害・福祉	円	2 手当金	特別児童扶養・障害・福祉	円
3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円	3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円

※ 記入する収入金額は、1月から6月までに新規申請する場合は前々年（1月から12月まで）の収入金額、その他の場合は前年（1月から12月まで）の収入金額としてください。

※ 収入金額がない場合は、必ず0円と記入してください。

4 受療を希望する医療機関等（県外の医療機関等を含む。）

区分 (該当するものに○印を付してください。)			医療機関等の名称 (支店名等がある場合は必ず記入してください。)	所在地
病院 診療所	薬 局	訪問看護 ステーション等		
病院 診療所	薬 局	訪問看護 ステーション等		
病院 診療所	薬 局	訪問看護 ステーション等		

病 院 診 療 所	薬 局	訪問看護 ステーション等		
病 院 診 療 所	薬 局	訪問看護 ステーション等		
病 院 診 療 所	薬 局	訪問看護 ステーション等		
病 院 診 療 所	薬 局	訪問看護 ステーション等		
病 院 診 療 所	薬 局	訪問看護 ステーション等		

様式第5号を次のように改める。

様式第5号（第3条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

医療費申告書

静岡県知事 様

申請者住所

申請者氏名



(申請者氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

指定難病の名称

指定難病に係る医療費については、次のとおりです。

受診年月	受診日	病院・薬局などの名称	かかった医療費 (10割分)	治療内容・ 医薬品名など
年 月			円	
			円	
			円	
			円	
月分合計			円	
年 月			円	
			円	
			円	
			円	
月分合計			円	
年 月			円	
			円	
			円	
			円	
月分合計			円	

注 かかった医療費が確認できる領収書等を添付してください。

様式第6号中

受 診 者	フリガナ	
	氏名	
	住所	郵便番号 -

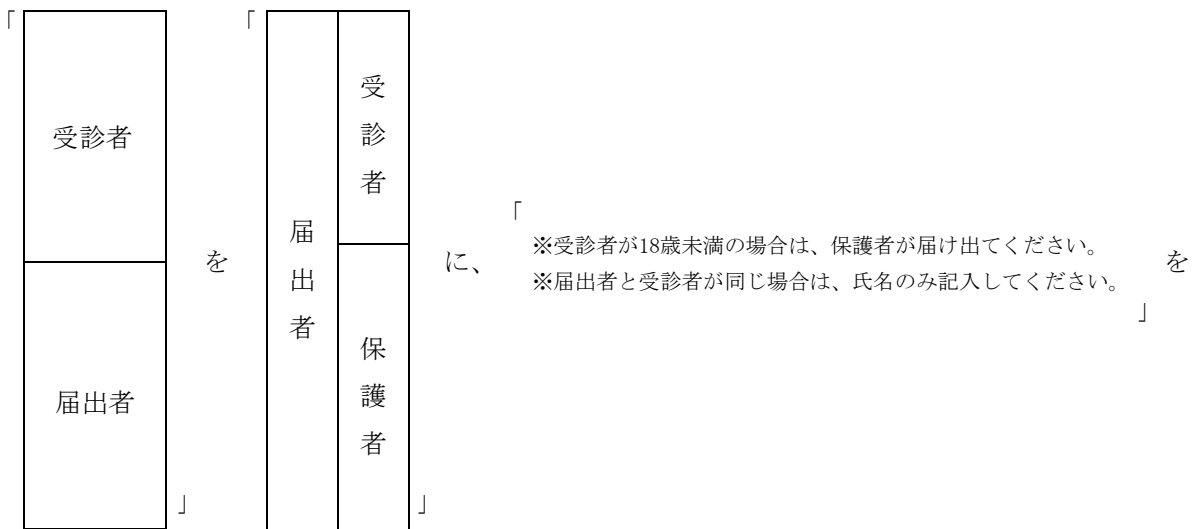
		電話番号 (- -)		
	生 年 月 日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日	性 別 男 ・ 女
保 護 者	※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請してください。 ※申請者と受診者が同じ場合は、氏名のみ記入してください。			
	フリガナ			受診者との関係
	氏 名	(印)		(自署する場合は、押印は不要です。)
	住 所	郵便番号 - 電話番号 (- -)		

を

申 請 者	受 診 者	フリガナ			
		氏 名			
		住 所	郵便番号 - 電話番号 (- -)		
		生 年 月 日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	性 別 男 ・ 女
	保 護 者	受診者が18歳未満の場合のみ、保護者欄に記入してください。			
		フリガナ			受診者との関係
		氏 名	(印)		(自署する場合は、押印は不要です。)
		住 所	郵便番号 - 電話番号 (- -)		

に、「申請者の」を「受診者（受診者が18歳未満の場合は、保護者）の」に改める。

様式第7号中



「受診者が18歳未満の場合のみ、保護者欄に記入してください。」に、「協会」を「協会のほか」に改める。

様式第8号（表）及び様式第9号（表）中「明治・大正・昭和・平成」を「大正・昭和・平成・令和」

「大正 「昭和

に、 昭和 を 平成 に改める。

平成」 令和」

様式第10号中「大正・昭和・平成」を「昭和・平成・令和」に改める。

附 則

- 1 この規則は、令和2年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則（以下「旧規則」という。）の様式により提出されている申請書等は、改正後の難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則の相当する様式により提出された申請書等とみなす。
- 3 この規則の施行の際現に旧規則の様式により作成されている用紙は、当分の間、調整して使用することができる。